

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1920

THÈSE

N° 227

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Jean-Régis ANDRÉ.

Né le 26 Avril 1892, à Espalem,
Ancien Interne lauréat de l'Ecole de Médecine
et des
Hôpitaux de Clermont-Ferrand.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES GREFFES CUTANÉES

QUELQUES APPLICATIONS EN

CHIRURGIE RESTAURATRICE DE LA FACE

Président : M. PIERRE SEBILEAU, Professeur.

PARIS

LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE

LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE

1920

Année 1920

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Jean-Régis ANDRÉ

Né le 26 Avril 1892, à Espalem,
Ancien Interne lauréat de l'Ecole de Médecine
et des
Hôpitaux de Clermont-Ferrand.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES GREFFES CUTANÉES

QUELQUES APPLICATIONS EN
CHIRURGIE RESTAURATRICE DE LA FACE



Président : M. PIERRE SEBILEAU, Professeur.

PARIS

LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE

LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE

1920

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. ROGER

ASSESSEUR M. POUCHET
PROFESSEURS MM.

Anatomie.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNEO.
Physiologie.	CH. RICHET
Physiologie médicale.	WEISS
Physiologie organique et Chimie générale.	DESGREZ
Bactériologie.	BESANCON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BRUMPT
Bathologie et Thérapeutique générales.	N.
Pathologie médicale.	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale.	GOSSET
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie.	PRENANT
Opérations et appareils.	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale.	POUCHET
Thérapeutique.	CARNOT
Hygiène.	BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIÉR
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
Clinique médicale.	{ ACHARD
	{ WIDAL
	{ GILBERT
	{ CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la première enfance.	MARFAN
Clinique des maladies des enfants.	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux.	P. MARIE
Clinique des maladies contagieuses.	TEISSIER
Clinique chirurgicale.	{ DELBET
	{ QUENU
	{ LEJARS
	{ HARTMANN
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
Clinique d'accouchements.	{ BAR
	{ COUVELAIRE
	{ RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique.	J. L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile.	BROCA
Clinique thérapeutique.	A. ROBIN
Clinique d'Oto-rhino laryngologie.	SEBILEAU.

Agrégés en exercice

MM.			
ALGLAVE	JEANNIN	LOEPER	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SCHWARTZ
CAMUS	LABBE (HENRI)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	NOBECOURT	TANON
CHAMPY	LANGLOIS	OKINCZYC	TERRIEN
CHEVASSU	LECENE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LEMIERRE	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LENORMANT	RETTERRER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEQUEUX	RIBIERRE	
GUENIOT	LEREBoullet	RICHAUD	
GUILLAIN	LERI	ROUSSY	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

*Faible témoignage de vive affection
et de profonde reconnaissance.*

A MA SOEUR

A MA TANTE

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE SEBILEAU

Professeur de Clinique oto-rhino-laryngologique,
Membre de l'Académie de Médecine.

A qui nous sommes particulièrement reconnaissant de l'honneur qu'il a bien voulu nous faire en acceptant la présidence de notre thèse.

PRÉFACE

Ce n'est pas sans une certaine satisfaction que nous voyons arriver le terme de nos études médicales, commencées en 1910, à Clermont-Ferrand, et si longuement interrompues par la guerre!

Parmi les bons camarades que nous nous étions faits alors, combien sont tombés en braves sur les champs de bataille! A la mémoire de ces glorieux disparus, qu'il nous soit permis d'adresser l'hommage ému de notre admiration.

Que de souvenirs nous rattachent à cette vieille Ecole de médecine de Clermont-Ferrand, où nous avons passé trois années! A tous nos professeurs d'alors, en particulier MM. Bousquet, Directeur de l'Ecole, Buy, Billard, Planchard, nous adressons le témoignage de notre reconnaissance!

Nous sommes heureux de pouvoir renouveler ici les sentiments de vive gratitude et de respectueux attachement que nous éprouvons pour MM. les Professeurs Lepetit et Maurin, chez qui nous eûmes l'honneur d'être interne. A leur noble école de conscience et de loyauté

professionnelles, nous avons appris, en même temps que les principes de cet art que nous allons être appelé à exercer, ce que devait être le médecin. Pussions-nous nous montrer le digne élève de tels maîtres !

A la Faculté de Paris, nous eûmes l'honneur d'être agréé dans les services de MM. les Professeurs Sebileau et Démelin : nous regrettons que les circonstances ne nous aient pas permis de profiter plus longuement des belles leçons de ces maîtres éminents.

Nous devons une mention toute particulière de reconnaissance à M. le Docteur Fernand Lemaître, oto-rhinolaryngologiste des hôpitaux ! Nous ne saurions oublier la grande bienveillance qu'il nous a toujours témoignée, depuis que nous avons eu l'honneur d'être soigné par lui à Clermont-Ferrand, en 1915.

C'est à lui que nous devons le sujet de cette thèse, pour laquelle il ne nous a ménagé ni son temps, ni ses conseils.



INTRODUCTION

En entreprenant ce travail, nous nous sommes proposé d'exposer les avantages que pouvait présenter la méthode des greffes cutanées, pour combler certaines pertes de substance résultant de blessures mutilantes de la face.

Il est indéniable qu'en chirurgie réparatrice de la face, les méthodes, italienne, indienne ou française, d'autoplastie à lambeau pédiculé aient donné d'heureux résultats : il faut reconnaître cependant, que dans quelques cas, elles se sont montrées insuffisantes, sinon au point de vue fonctionnel, du moins au point de vue esthétique.

D'autre part, les blessures de guerre, ont remis en honneur la question des greffes : greffes osseuses, greffes cartilagineuses, greffes adipeuses, et même greffes cutanées.

En associant judicieusement ces méthodes d'autoplasties à lambeau à celle des greffes cutanées, M. Lemaitre a su obtenir, dans l'important service de prothèse maxillo-faciale qu'il dirige depuis 1916, le maximum de rendement esthétique. Les observations de blessés que nous publions dans cet ouvrage concernent précisément

des mutilés traités selon cette méthode. Nous regrettons particulièrement de ne pouvoir reproduire ici les photographies qu'on a prises de ces blessés, à leur entrée à l'hôpital et à leur sortie : ce serait le témoignage le plus probant des remarquables résultats obtenus.

Dans un premier chapitre, nous traiterons brièvement de l'historique de la méthode des greffes cutanées et tâcherons de faire ressortir les modifications successives qui ont été apportées à cette méthode.

Dans un deuxième chapitre, nous exposerons la technique opératoire employée par M. Lemaître : technique différant de celle généralement employée jusqu'à ce jour par deux points essentiels :

1° L'emploi de l'anesthésie locale, au lieu de l'anesthésie générale.

2° Le mode de prélèvement du lambeau.

Quelques considérations sur l'évolution du greffon suivront cet exposé.

Un troisième chapitre sera destiné aux observations.

Dans un quatrième et dernier chapitre, nous traiterons des indications et contre-indications de la méthode, ainsi que des résultats obtenus.

*
* *

Avant d'entreprendre l'historique de la méthode, il nous a paru nécessaire de préciser ce que nous entendons par ce terme de « greffes cutanées ».

Dans sa thèse, aussi bien documentée qu'intéressante à consulter, notamment en ce qui concerne cette question de l'historique, Tizon définit la « *greffe cutanée totale* » : « La transplantation de lambeaux cutanés complets comprenant l'épiderme et le derme, mais privés de tout tissu cellulo-graisseux sous-cutané ».

Au point de vue histologique, les greffons ne doivent comprendre uniquement que l'épiderme et le derme, sans adjonction des plans superficiels de l'hypoderme : ce sont donc des greffes qu'on pourrait appeler *dermo-épidermiques totales*, différant par ces caractères bien définis, et des *greffes de Thiersch*, et des *greffes cutanées massives*.

Les greffes de Thiersch, en effet, sont plutôt des greffes épidermiques, dans lesquelles le derme n'entre que pour une très faible part.

Les greffes cutanées massives, au contraire, comprennent non seulement le derme et l'épiderme, mais aussi une partie de l'hypoderme. Elles ne sont, du reste, que rarement employées; tous les auteurs qui se sont occupés de greffes cutanées ayant reconnu, d'un commun accord, que l'hypoderme était impropre à l'adaptation des éléments sus-jacents.

Cette dernière variété ne présente, d'ailleurs, pas grand intérêt : elle semble n'avoir été employée qu'autrefois tout à fait empiriquement, par certaines peuplades de l'Inde.

•

CHAPITRE I

HISTORIQUE

Les premiers essais de greffe cutanée semblent remonter, vers la fin du XVIII^e siècle. Chez les Indiens de la tribu des Koumas, la loi condamnait les criminels à subir certaines mutilations de la face : pour combler les pertes de substance résultant de ces mutilations, les parents des condamnés prélevaient sur la cuisse de ces sujets, des lambeaux de peau, chez lesquels ils provoquaient préalablement une hyperémie par flagellation.

Ce n'est guère qu'un siècle plus tard, en 1872, que le chirurgien français Lefort tente timidement d'ériger ce procédé en méthode, et publie deux cas de blépharoplastie par greffes cutanées. Aussitôt après, cette méthode ayant été abandonnée en faveur des greffes d'Ollier et Thiersch, il faut arriver à Wolfe, chirurgien écossais, et à Wadsworth, de Boston, pour voir quelques nouvelles tentatives.

Vingt années plus tard, Krause, commence à appliquer systématiquement la méthode. Ce chirurgien rapporte, en 1895, à la Société de chirurgie de Berlin, un chiffre imposant d'observations de malades traités par les greffes cutanées. En un mémoire très détaillé, il expose également les grandes lignes de la méthode qu'il emploie. Comme Wolfe, cet auteur estime « qu'en raison de la rétraction que présente le lambeau, une fois qu'il est coupé, il faut le choisir d'un tiers plus grand que la perte de substance à recouvrir ». D'autre part, il ne fixe point le greffon, qui « doit être enchaîonné, dit Wolfe, comme un verre de montre en sa monture métallique ».

La méthode est remise en honneur en France, par le professeur Dubreuilh, de Bordeaux. Après quelques observations de greffes cutanées totales publiées dans la thèse de Monis, en 1904, et dans celle de Tizon en 1911. Dubreuilh nous expose lui-même la méthode qu'il emploie, dans la *Revue de Chirurgie* de 1911. Deux points différencient cette méthode de celle de Krause.

Dubreuilh prend un lambeau plus petit que la perte de substance à combler ; et d'autre part, il emploie des « crins de cheval » pour suturer le greffon : « Celui-ci ne couvrira que la partie médiane de la surface à restaurer : les sutures, en l'étirant, lui permettront de combler complètement la perte de substance » en même temps qu'elles empêcheront tout glissement.

Cet auteur préconise également l'emploi d'un plastron de gaze pour faire le tracé du lambeau.

Notons que c'est avec Dubreuilh, que pour la première fois, les greffes cutanées s'accompagnent de sutures.

Morestin, en 1913, publie dans les *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, une observation de malade qu'il a opéré d'un lupus du front propagé à l'angle interne de l'œil gauche et à la paupière supérieure gauche.

« Après excision des tissus malades, j'ai pratiqué, dit-il, une blépharoplastie partielle par greffe cutanée libre ». A la face interne du bras gauche du sujet, il prélève un fragment de peau ayant la forme et les dimensions de la brèche à combler. La greffe ayant tendance à se recroqueviller, pour la « fixer, l'étaler » sur la surface cruentée, il place quelques points de soutien tous situés au niveau d'un seul de ses bords, afin d'éviter « des tiraillements et de permettre à la greffe de s'appliquer d'une façon très exacte sur le fond de la plaie ». Dans ce cas, Morestin dit avoir obtenu d'heureux résultats : la restauration palpébrale ayant été réalisée dans d'excellentes conditions. Il insiste néanmoins sur les difficultés que présente ce procédé et « la vitalité toujours incertaine de ces lambeaux sans pédicule ».

La même année, Rigollot-Simonnot fait paraître dans le *Paris Chirurgical*, une observation de malade auquel il a fait la transplantation totale d'un lambeau cutané non pédiculisé pris à la cuisse, après excision d'un ulcère variqueux.

Nous signalons pour mémoire les « quatre cas de

greffes épidermiques autoplastiques ou homoplastiques tentés par Descarpentries », et sur lesquels a paru un rapport de Morestin dans les *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris* de 1914. Ces greffes n'auraient pas donné à l'auteur de résultats appréciables.

En 1918, Moreau publie dans le *Paris Médical*, deux cas de greffe cutanée pour plaies étendues : brûlure de la jambe et vaste escharre de la fesse d'origine quinique.

Tout récemment, M. Morax, dans une communication qu'il a faite à Londres, expose un procédé de restauration des sourcils par greffes cutanées prélevées sur la région occipitale. Cette intervention est basée sur le principe de la survie des bulbes pileux transplantés dans un lambeau. « Un de mes opérés, dit l'auteur, est obligé de se faire tailler les sourcils comme les cheveux. »

Ces résultats, très intéressants, sont à mettre en parallèle avec une publication de Morestin, parue dans les *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, et intitulée « La reconstitution du sourcil ». « J'ai essayé une fois, dit Morestin, le procédé de la transplantation libre de fragments cutanés pris sur les territoires pileux, mais je n'ai pas obtenu de résultat bien encourageant. »

Tartois, dans sa thèse parue en 1918, expose un nouveau procédé de blépharoplastie sans pédicule, imaginé par M. Dantrelle. Pour combler la perte de substance résultant de la réduction de l'ectropion cicatriciel de la paupière inférieure, M. Dantrelle prélève sur la paupière supérieure du côté opposé, un greffon de mêmes

dimensions que la surface à restaurer. Après avoir fixé soigneusement par des sutures le greffon au porte-greffe, l'auteur se sert de vaseline stérilisée pour empêcher les fils de soie et le greffon de coller à la gaze du pansement.

M. Dantrelle aurait obtenu avec ce procédé d'excellents résultats au point de vue esthétique.

Les applications de greffes cutanées par les différents auteurs que nous citons, ne concernent que les greffes de tissus vivants prélevés et transplantés au cours de la même séance opératoire.

A noter les expériences intéressantes faites par M. Magitot, au sujet des greffes de tissus conservés à l'état de vie ralentie.



CHAPITRE II

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

L'originalité du procédé préconisé par M. Lemaitre consistant surtout dans la façon de prélever le greffon, nous ferons remarquer que le premier temps de l'intervention, la préparation du porte-greffe, ne diffère pas de celui déjà indiqué par Dubreuilh. Nous insisterons donc principalement sur le deuxième temps : *le prélèvement du lambeau* et passerons rapidement en revue les phases du dernier temps : la mise en place du greffon.

Instrumentation. --- Pour ces interventions, une boîte de chirurgie d'urgence sera suffisante : on aura soin d'y ajouter :

1° Une ou deux seringues, dites *impériales*, dont se servent les dentistes. Cette seringue est rendue stérilisable, grâce à la petite modification que leur a fait

subir Ponroy, lequel remplace les joints de caoutchouc par des joints en amiante.

2° Une aiguille fine courbe de Reverdin.

3° Une solution de novocaïne au 1 p. 200.

Il sera bon d'avoir à sa disposition une ampoule de sérum physiologique tiède, pour le cas où le greffon ne pourrait être mis en place, aussitôt prélevé.

I^{er} Temps.

Préparation du porte-greffe.

Ce temps concerne la préparation du porte-greffe ou surface à restaurer.

Après nettoyage de la région à la teinture d'iode dédoublée, on procède à l'anesthésie. Le mode d'anesthésie lui-même ne diffère pas de celui ordinairement employé pour l'anesthésie locale : on se trouvera bien en général, d'employer le procédé dit de « l'injection traçante » préconisé par Reclus, surtout dans certains cas de cicatrices cheloïdales assez sensibles.

Cette anesthésie ne devra pas être limitée strictement à la région à restaurer; il y aura toujours intérêt à ce qu'elle s'étende au delà des limites probables de l'excision.

Une fois l'anesthésie obtenue, on procède à l'excision de tissus cicatriciels. Cette excision doit être pratiquée toujours largement; car le moindre élément suspect laissé dans la surface cruentée qui constituera le porte-greffe, risque de compromettre l'adaptation du greffon.

Cette excision n'ira pas, en général, sans produire une hémorragie plus ou moins abondante, d'autant que tous les auteurs sont unanimes à admettre que le greffon n'a vraiment des chances de s'adapter que si on le met au contact de tissus richement vascularisés. L'hémostase par la compression suffit d'ordinaire : il est rare qu'on soit obligé de recourir à la torsion ou à la ligature des vaisseaux qui saignent. Ainsi est préparé le lit du greffon.

Dans certains cas, lorsqu'on est en présence de rétractions cicatricielles, d'un ectropion des paupières ou d'une éversion des lèvres, la préparation du lit du greffon doit s'accompagner de la remise en place, de la réduction complète de la paupière ou des lèvres déplacées.

On découpe alors sur une feuille d'étain un plastron correspondant exactement à la perte de substance ainsi créée. On recouvre d'un pansement provisoire (deux ou trois compresses stérilisées suffisent) le portegreffe ainsi préparé, après avoir pratiqué un peu de compression pour tarir l'hémorragie capillaire.

II^e Temps.

Prélèvement du lambeau.

Voici le procédé pratiqué par M. Lemaître :

L'anesthésie est faite, nous l'avons vu, à l'aide de seringues impériales modifiées. Ces seringues présentent les deux avantages suivants :

1° L'extrême finesse de leur aiguille permet, en réduisant au minimum le traumatisme de la peau, de pénétrer exactement à la profondeur voulue.

2° Grâce à ces seringues, qu'on a parfaitement en main, la force dont on dispose facilite considérablement l'infiltration.

Un aide charge une seringue, tandis que l'opérateur pratique l'anesthésie avec une autre seringue. C'est pour cela que nous prévoyions deux seringues dans l'arsenal chirurgical.

Pour pratiquer cette anesthésie, qui aura pour rôle non moins important de tendre à décoller mécaniquement le greffon, il faut pousser l'injection non pas dans le tissu cellulo-graisseux, comme on a pu le faire pour le porte-grefte, mais dans les plans profonds du derme. Cette région de la peau est formée par un grand nombre de tractus fibreux assez denses, qui se laissent pénétrer difficilement par l'injection.

Le point essentiel de la technique consiste à pratiquer l'injection immédiatement au-dessous du derme, de façon à réaliser une sorte de décollement dermo-hypodermique, qui tend à créer une sorte de plan de clivage artificiel, et à soulever l'épiderme et le derme nettement au-dessus du plan de la peau avoisinante. Le derme et l'épiderme étant soulevés, la peau intéressée pâlit immédiatement; elle prend un aspect tomenteux, mamelonné, et présente de petites surélévations, circonscrites par des sillons circulaires : on dirait autant de petites vésicules rendues saillantes par le liquide qu'on vient d'injecter.

Quand l'injection est bien faite, épiderme et derme surélevés s'offrent, pour ainsi dire, au bistouri, et on n'éprouve aucune difficulté à faire sans rasoir le prélèvement du lambeau.

L'injection ne devra être arrêtée que lorsqu'on aura anesthésié une étendue de peau bien supérieure aux dimensions prévues pour le greffon à prélever : le plastron en feuille d'étain permettra au chirurgien de se renseigner sur ce point.

L'anesthésie terminée, on applique sur la peau ainsi préparée, le plastron en feuille d'étain, et, à l'aide de teinture d'iode non dédoublée et d'un petit pinceau stérilisé, on fait le tracé du futur greffon en tenant compte, toutefois, de la rétraction qui accompagne constamment l'excision du lambeau ; on peut augmenter d'un quart en étendue, les mesures données par le plastron.

Si la rétraction immédiate est considérable, l'élasticité du greffon permet de récupérer presque entièrement, lors de la mise en place, les dimensions primitives.

Le chirurgien procède alors à l'excision proprement dite. Le bistouri à lame assez large et uniformément mince, tenu à plat, excise franchement, suivant le tracé, et en dédolant, les tissus rendus saillants par l'injection : le lambeau ainsi détaché comprend l'épiderme et le derme.

Pendant cette dernière phrase de l'opération, l'aide a enlevé le pansement provisoire qui protégeait le portegreffe, de telle sorte que l'opérateur, dès qu'il a prélevé le greffon, n'ait qu'à procéder à sa mise en place immédiate sur la perte de substance qui ne présente plus le moindre suintement sanguin.

Au cas où le greffon ne pourrait être appliqué immédiatement sur le porte-greffe, il y aurait intérêt à le plonger dans du sérum physiologique tiède, et à l'y maintenir jusqu'à ce qu'on puisse procéder à la mise en place. Il serait alors indispensable de le sécher avec des compresses stérilisées, avant de le mettre au contact du porte-greffe. L'aspect exsangue du lambeau, au moment où il est détaché, donne tout lieu de croire que l'injection préalable de liquide a déterminé en lui une ischémie assez complète, pour qu'il n'y ait pas lieu de le sécher avant de l'appliquer.

Il convient de noter que, par cette technique, le prélèvement du lambeau se fait toujours sans la moindre douleur.

III^e Temps.

Mise en place du greffon.

Si dans le tracé du lambeau, on a tenu suffisamment compte de la rétraction de celui-ci, la mise en place se fera très facilement, le greffon s'appliquant exactement par son pourtour aux bords du porte-greffe.

Il ne reste plus qu'à faire une couronne de points de sutures peu serrées, soit à la soie fine, soit à l'aide de crins de Florence extrêmement fins.

Dans le cas particulier d'ectropion cicatriciel de la paupière ou de la lèvre, il importera que la portion du greffon qui devra s'adapter au bord libre muqueux de la paupière ou de la lèvre soit plutôt ample : car il faut

toujours compter avec une rétraction secondaire du lambeau transplanté, lors de son adaptation. L'opérateur devra donc veiller à ce que les points de suture, à ce niveau, n'opèrent aucune traction sur le bord du portegreffe, sinon l'ectropion aura tendance à se reproduire, au moins partiellement.

La suture terminée, on applique un pansement sec, qu'on renouvelle tous les deux ou trois jours jusqu'à cicatrisation : celle-ci est terminée en général, vers le 10^e jour.

On pourra faire un pansement à l'aide d'une gaze enduite préalablement d'un corps gras, comme le recommande M. Dantrelle.

Pour notre part, nous avons toujours vu utiliser sans le moindre inconvénient le pansement sec.

En ce qui concerne la plaie résultant du prélèvement du greffon, on procède comme pour ce dernier. L'hémostase ayant été assurée par une compression de quelques minutes, on applique un pansement sec, qui peut être maintenu en place 4, 5 ou même 6 jours. Il va sans dire que la cicatrisation de la plaie d'emprunt est toujours plus longue à obtenir que celle de la région restaurée.

*
* *

Evolution du greffon.

Avant de terminer ce chapitre, nous dirons quelques mots de l'évolution du greffon tout au moins de ce que

nous avons pu constater chez les blessés dont nous publions les observations.

Vers le 3^e ou 4^e jour, qui suivait l'intervention, le greffon prenait une teinte asphyxique plus ou moins généralisée, plus marquée cependant au niveau des points de suture. Quelle pouvait être la cause de cette asphyxie ?

Dans un article paru dans le *Lyon chirurgical* de Février 1919, Bonnefon, de Bordeaux, a fait précisément une étude, appuyée sur des constatations histologiques, des phénomènes qui se passent au cours de l'adaptation des greffes en général.

« Dès la 24^e heure, dit-il, il y aurait un bouleversement complet des couches profondes qui se traduit par l'imbibition hématiche de la greffe, la dislocation et la disparition de ses vaisseaux propres. »

En ce qui concerne l'adaptation, ce même auteur émet l'opinion que les éléments nucléés du greffon meurent, à l'exception des cellules du revêtement épithélial.

« Ce sont, dit-il, des fibroblastes émanées du porte-greffe qui reconstituent, au sein du stroma conjonctif du greffon intact en apparence, des cellules fixes normales. »

Ce serait donc le porte-greffe qui modèlerait à son gré le stroma du greffon, lequel ne ferait que subir passivement la loi du porte-greffe.

CHAPITRE III.

OBSERVATIONS

Observation 1. — (*Restauration de la lèvre supérieure gauche et de la région naso-génienne du même côté.*)

D..., Antoine, soldat de 2^e classe, 3^e génie. Blessé le 13 Juin 1918, par éclats d'obus.

Entré à l'hôpital temporaire n° 45, centre de prothèse maxillo-faciale de la XIII^e Région à Vichy, le 27 Juin 1918.

Il présente un délabrement de la face, comportant une large perte de substance qui intéresse la lèvre supérieure gauche, la moitié postérieure de l'aile du nez, le sillon naso-génien, et empiète en dehors sur la joue.

Après une cicatrisation très longue à obtenir, le blessé rentre à l'Hôpital Brésilien, rue de Vaugirard, le 10 Octobre 1919.

L'intervention pratiquée sous anesthésie locale bien supportée le 13 Octobre, a pour but de restaurer la perte de substance constatée au 1^{er} examen.

Elle comporte trois temps :

1^o Mise en bonne place de ce qui reste du pourtour narinal

gauche, et des tissus fibreux qui constituent ce pourtour. Une incision transfixiante permet de mobiliser et de descendre ce qui doit être le pourtour narinal.

2^o Taille d'un lambeau jugal horizontal, retourné au niveau d'une charnière interne, et destiné à constituer le plan profond de la perte de substance résultant de l'incision du 1^{re} temps.

3^o Prélèvement, selon le procédé indiqué, sur la face interne de la cuisse droite, d'un petit greffon cutané que l'on utilise pour reconstituer le plan superficiel de cette même perte de substance.

Application du greffon, sutures. Pansement sec.

Suites opératoires. — 15 Octobre. — La greffe cutanée semble tolérée, bien qu'à sa face profonde, il existe du pus en assez grande abondance.

17 Octobre. — La greffe cutanée semble appelée à rendre des services, malgré que deux éléments soient défavorables.

a) Le plan profond est constitué par un lambeau rapporté.

b) La communication qui existe avec la fosse nasale a occasionné un certain degré de suppuration.

Néanmoins, le greffon n'est que partiellement sphacélé et servira, pour le moins, à guider une nouvelle épidermisation.

20 Octobre. — Le greffon cutané ne s'est éliminé qu'en partie et le plan profond se présente dans d'excellentes conditions.

20 Novembre. — Le blessé sort de l'hôpital.

Les résultats fonctionnels et esthétiques sont très satisfaisants.

Observation 2. — Réduction d'ectropions cicatriciels des paupières et de la lèvre inférieure. Blépharoplastie par greffes cutanées.

H..., François, 1^{re} cl., 1^{er} régiment Artillerie à P., mobilisé à l'usine de produits chimiques de S...; le 3 Juin 1917, brûlures graves de la face, par suite de l'éclatement d'un

réservoir d'acide sulfurique. Entré le 3 Mai 1919 à l'Hôpital Brésilien.

A l'examen, on constate.

1° Un ectropion cicatriciel des deux paupières du côté droit, et de la paupière supérieure gauche.

2° Une éversion cicatricielle de la lèvre inférieure, avec tissus cicatriciels denses occupant la région mentonnière.

1^{re} Intervention. — Le 5 Mai, anesthésie locale parfaitement supportée. L'opération a pour but de restaurer la lèvre inférieure et les tissus cicatriciels mentonniers par une autoplastie à lambeau cervical.

Elle est pratiquée en quatre temps.

1° Libération de la lèvre muqueuse.

2° Exérèse de tout le tissu cicatriciel mentonnier.

3° Prélèvement d'un très grand lambeau de 12 à 13 centimètres de long, vertical, répondant à la partie postérieure du sterno-mastoïdien, et s'étendant jusqu'à 2 centimètres au-dessous de la clavicule.

4° Hémibuccoraphie gauche.

Suites opératoires. — 7 Mai. — A noter les points suivants :

1° Une teinte noirâtre étendue à toute la moitié interne du lambeau, teinte noirâtre qui semble due à l'asphyxie des couches toutes superficielles du lambeau, puisque en certains endroits — (surtout au centre de la zone noire) — on aperçoit par transparence les tissus normaux et que, d'autre part, les crins de Florence saignent même là où il existe le maximum d'aspect sphacélique.

2° Une douleur très vive, « plus vive, dit le blessé, que celle ressentie au cours de l'opération », et due au contact d'un petit bourgeon, qui vient faire saillie à la partie supérieure de la plaie d'emprunt. Le blessé se plaint de « décharges électriques » avec irradiations du côté de l'oreille et de la nuque.

A rapprocher cette constatation du fait qu'au cours de

l'intervention, on a vu et même intéressé la branche transverse du plexus cervical superficiel.

3^o La cheïlorraphie semble se cicatriser dans de bonnes conditions.

9 Mai. — L'impression se confirme. Le plan profond du lambeau présente une vitalité suffisante. Le sphacèle n'existe qu'au niveau des couches superficielles de l'épiderme, se manifestant sous forme de phlyctènes, au-dessous desquelles les téguments présentent un aspect rosé tout à fait satisfaisant.

Deuxième intervention. — 25 Août. — Anesthésie locale bien supportée. On pratique du côté droit une blépharoplastie supérieure et inférieure.

Pour l'inférieure, on procède du classique : lambeau temporal, après réduction de l'ectropion.

Pour la paupière supérieure, on se sert d'une greffe cutanée prélevée suivant la technique, sur le front, et suturée avec soin, après réduction de l'ectropion. Pansements secs. Suites opératoires normales. L'adaptation du lambeau se fait dans les meilleures conditions.

Troisième intervention. — 24 Septembre. — Elle a pour but de restaurer partiellement la paupière supérieure gauche.

A l'anesthésie locale bien supportée, malgré la sensibilité très vive des tissus cicatriciels, on pratique une incision parallèle à la paupière supérieure gauche, et on pousse la dissection aussi près que possible de la paupière supérieure.

La surface cruentée ainsi créée est recouverte par une greffe cutanée prise au niveau de la région frontale, en plein tissu cicatriciel.

Pansement sec, sutures.

Suites opératoires. — Le greffon s'adapte dans de bonnes conditions, non sans avoir présenté cependant, sur une partie de son étendue, du sphacèle superficiel de l'épiderme.

Cette intervention n'était, du reste, qu'un temps préparatoire à la quatrième intervention, qu'on pratique le 5 Décembre.

Quatrième intervention. — A l'anesthésie locale parfaitement supportée, on corrige l'ectropion de la lèvre inférieure et celui de la paupière supérieure gauche, suivant un procédé rigoureusement identique pour la paupière et pour la lèvre, à savoir :

a) Incision libératrice et dissection des téguments jusqu'au niveau de la lèvre muqueuse pour le pourtour buccal; jusqu'au niveau du bord libre de la paupière pour l'orifice palpébral.

Ainsi sont remises en place lèvre et paupière.

b) Pour combler la perte de substance qui résulte de cette dissection, on met en place deux greffes cutanées prélevées, d'après la technique indiquée, sur la face externe de la cuisse gauche.

A noter les deux particularités suivantes :

1° Le greffon cutané, surtout pour la lèvre, est très large, trop large en apparence : ce qui permettra de lutter contre la rétraction.

2° Le greffon cutané, au niveau de la paupière, est inséré immédiatement au-dessus de l'ancien greffon dont on dissèque la face profonde. Pansements secs.

Suites opératoires. — Rien à signaler d'anormal dans les suites opératoires, si ce n'est que le greffon labial a présenté à sa face profonde un léger degré d'infection, en raison de son voisinage avec la bouche.

Il en résulte :

a) Un sphacèle épidermique très superficiel.

b) Un décollement d'une partie de la face profonde du lambeau.

Mais au niveau des bords, on constate des adhérences avec une bonne vitalité.

Résultats à la date du 22 Décembre. — En ce qui concerne

la paupière, le résultat est parfait : vitalité du greffon excellente, rétraction modérée, souplesse parfaite.

L'occlusion palpébrale se fait de façon non moins parfaite.

Pour la lèvre, l'ectropion persiste peu modifié, mais l'occlusion volontaire de la bouche se fait sans difficulté.

Observation 3 (*Exérèse de tissus cicatriciels de la face à la suite de brûlures graves : restauration par autoplastie à lambeau et greffes cutanées*).

Germaine T... 22 ans, tourneuse en métallurgie à M... est atteinte le 16 Novembre 1916, par le retour de flammes d'un poêle à coke qui lui occasionne des brûlures étendues et profondes de la face et des deux avant-bras.

Après cicatrisation des brûlures, la jeune fille est examinée à Vichy ; on constate :

a) Un ectropion de la lèvre inférieure.

b) Des cicatrices chéloïdales occupant la partie inférieure des deux régions géniennes, ainsi que les régions massété-rines et mentonnière.

Ces cicatrices, d'aspect rougeâtre, présentaient, en certains endroits, notamment aux régions prétragienne droite et mentonnière, des nodules de la grosseur d'une petite noisette et de coloration plus pâle que les tissus cicatriciels environnants. De plus, ces nodules étaient particulièrement sensibles au toucher, à tel point que la patiente ne pouvait, disait-elle, « faire convenablement sa toilette du visage ».

La malade accusait également à la région mentonnière, une sensation de tension profonde, qu'elle comparait à une forte bride qui aurait opéré une traction continuelle sur la lèvre inférieure : d'où gêne de la mastication.

Première intervention. — 25 Novembre 1917. — Sous anesthésie générale, on excise les tissus cicatriciels de la région cervico-massété-rine droite, et la perte de substance

ainsi créée est comblée par un grand lambeau cervical à pédicule retourné (procédé classique).

Suites opératoires normales. Résultats parfaits.

Deuxième intervention. — 17 Décembre 1919. — Restauration de la région prétragienne droite.

Anesthésie locale bien supportée.

On pratique d'abord l'excision d'une bande de tissu cicatriciel nodulaire de 2 à 3 centimètres de large et de 6 centimètres environ de long, occupant la région située en avant du tragus de l'oreille droite et descendant bien au-dessous du lobule qu'elle contourne.

On prélève alors, selon la technique indiquée, à la face interne du bras droit un greffon cutané. Application du lambeau; sutures aux crins de Florence. Pansement sec.

A noter que le lambeau cutané, mis en place, se trouve être un peu étroit, par rapport à la perte de substance à réparer, si bien que les points de suture doivent opérer sur lui une certaine traction, pour permettre sa coaptation avec le porte-greffe.

Suites opératoires. — 20 Décembre. — Le greffon ne présente un aspect violacé que dans sa partie toute inférieure et au niveau de deux points de suture, situés près du tragus.

23 Décembre. — Cet état asphyxique a disparu : on n'observe même pas le moindre sphacèle des parties toutes superficielles du greffon, dont l'adaptation paraît en excellente voie.

26 Décembre. — Les crins sont enlevés. La cicatrisation est à peu près complète; on enlève tout pansement.

Troisième intervention. — 11 Janvier 1920. — Elle a pour but de réduire l'ectropion cicatriciel de la lèvre inférieure et d'exciser les tissus nodulaires de la région du menton.

Anesthésie locale bien supportée, malgré la grande sensibilité de ces tissus.

On réduit d'abord l'ectropion de la lèvre, par section de

la bride qui attirait celle-ci vers la fossette mentonnière; par dissection des tissus sous-jacents, on dégage le bord libre muqueux de la lèvre inférieure qu'on ramène au contact intime de la lèvre supérieure. On excise ensuite largement tous les tissus cicatriciels de cette région; la surface cruentée résultant de cette excision présente la forme d'un rein dont la partie médiane serait fortement aplatie par rapport aux deux pôles sensiblement élargis et situés de part et d'autre de la ligne de la symphyse mentonnière. La partie médiane de cette perte de substance correspond exactement à la fossette mentonnière.

Un greffon conforme au plastron en feuille d'étain correspondant à la surface à restaurer, est prélevé sur la face antéro-interne du bras gauche.

Mis en place, il semble, malgré la grande rétraction qui s'est produite, devoir être largement suffisant pour combler la perte de substance mentonnière.

Sutures aux crins de Florence, sauf pour la coaptation du bord supérieur du greffon avec le bord libre muqueux de la lèvre inférieure, pour laquelle on se sert de soie fine.

Pansement sec.

Suites opératoires. — 14 Janvier 1920. — Le lambeau cutané transplanté présente un aspect asphyxique sur presque toute son étendue; cette asphyxie semble dominer cependant au niveau des points de suture.

18 Janvier. — Quelques phlyctènes apparaissent au niveau des points de suture; on peut prévoir un sphacèle très superficiel de l'épiderme.

Dans les jours qui suivent, le sphacèle se produit, mais limité strictement aux couches superficielles du greffon; à noter que le sphacèle ne se produit point sur la portion centrale des deux expansions latérales du greffon. Le plan profond du lambeau transplanté présente, au contraire, un aspect rosé tout à fait satisfaisant.

30 Janvier. — La cicatrisation à peu près terminée,

permet d'entrevoir de bons résultats de cette dernière intervention.

La jeune fille, que nous avons encore vue la veille de son départ, le 6 Février, est très heureuse des résultats obtenus. Voici ce que nous constatons :

1° La réduction de l'ectropion de la lèvre inférieure, dont le jeu est redevenu normal.

2° Les greffons cutanés ne sont nullement douloureux au toucher comme l'étaient les cicatrices cheloïdales avant l'intervention.

3° Le greffon prétragien présente une modification très appréciable dans sa pigmentation : sa teinte tend à s'uniformiser avec celle de la peau avoisinante.

4° Les nodules cicatriciels, facteur important de l'aspect particulièrement disgracieux des cicatrices, sont remplacés par les éléments plans des greffons cutanés, lesquels ne pourront que se modifier favorablement avec le temps.

Observation 4 (très résumée) (*Blépharoplastie par greffe cutanée*).

Il s'agit d'un blessé, le sergent L... Grégoire du 18^e R. I., gros mutilé de la face, prisonnier de guerre, ayant subi de multiples interventions en captivité, en Allemagne.

Il présente à son retour de captivité un ectropion considérable de la paupière inférieure gauche. Etant données les multiples interventions précédemment pratiquées sur ce blessé, on n'a pas le choix du mode d'autoplastie : aucun lambeau ne peut être pris dans le voisinage ; la greffe cutanée s'impose. Celle-ci est pratiquée le 7 Août 1919. Voici le protocole de l'acte opératoire.

Anesthésie locale très bien supportée. On pratique successivement les temps suivants :

1° Libération de la paupière inférieure par dissection qui

reste superficielle, en raison de la minceur des téguments.

2° Blépharorrhaphie (3 fils de soie).

3° Prélèvement, suivant la technique, d'une greffe cutanée sur l'épaule. Mise en place. Fixation par 6 fils de soie.

On note dans l'observation que le 12 Août, la greffe cutanée a une belle apparence. Adhérences incomplètes dans la partie inférieure, qui saigne encore un peu. Par ailleurs, état rosé qui témoigne de la vitalité.

Cependant le pansement a provoqué un suintement venant de la conjonctive : on supprime tout.

Le blessé est réformé le 15 Novembre 1919, après avoir été appareillé pour d'autres mutilations. Son état esthétique est tout à fait satisfaisant.

Observation 5 (résumée) (*Exérèse d'un petit nævus de la lèvre : restauration par greffe cutanée*).

Il s'agit d'une femme, de 25 ans, qui présente au niveau de la lèvre supérieure droite, un nævus pigmentaire hypertrophique, d'origine congénitale : ce nævus semble se modifier depuis quelque temps.

On en pratique l'exérèse à l'anesthésie locale.

La perte de substance cutanée qui résulte de cette exérèse présente les dimensions d'une pièce de 50 centimes ; pour la combler, prélèvement, à 5 ou 6 centimètres au-dessous de la pointe de l'omoplate droite, suivant la technique indiquée, d'un greffon cutané qui est appliqué immédiatement sur la surface cruentée créée par l'excision du nævus.

Sutures à l'aide de 4 fils de soie. Suites opératoires normales. Ablation des fils au 4^e jour.

Résultats esthétiques tout à fait satisfaisants.

CHAPITRE V

INDICATIONS. — CONTRE-INDICATIONS RÉSULTATS

Indications.

Les greffes cutanées présentent sur les autres méthodes susceptibles d'être employées en chirurgie réparatrice de la face, un certain nombre d'avantages, Nous ne signalerons que les principaux. Ce sont :

1° La mobilité et la souplesse de la peau sur les plans sous-jacents, lesquelles reparaissent assez rapidement après l'intervention.

Avec les greffes de Thiersch au contraire, la peau mince, d'une vitalité amoindrie, contracte des adhérences avec les plans profonds.

2° La *suppression* d'une immobilisation assez longue et toujours douloureuse pour le blessé; cette *immobilisation* étant un des principaux inconvénients de la méthode italienne.

3° La rapidité de la cicatrisation, qui, en général, est effectuée vers le 10^e jour.

Avec les autres méthodes, l'adaptation du lambeau transplanté n'est guère réalisée avant le 20^e jour.

De tels avantages expliquent les nombreuses indications de la méthode, dans le cas particulier des mutilations de la face, que la perte de substance soit traumatique, comme chez les blessés de guerre, ou bien qu'elle soit chirurgicale, et résulte alors de l'exérèse de tissus cicatriciels anciens, ou de petites tumeurs circonscrites, comme c'est le cas pour nos malades III et V.

En principe, la méthode peut être employée toutes les fois qu'on se trouve en présence de pertes de substances présentant des garanties suffisantes d'asepsie et n'intéressant pas les plans sous-jacents à la peau. Une perte de substance étendue, mais limitée à la peau n'est nullement, croyons-nous, une contre-indication à l'emploi de la méthode.

En outre, les résultats obtenus seront d'autant plus satisfaisants que l'on interviendra sur une région dont la peau est normalement douée d'une grande souplesse. Ceci nous explique pourquoi les greffes cutanées ont surtout été employées dans les blépharoplasties.

Une autre indication, non moins importante, nous est fournie par les heureux résultats qu'a obtenus récemment M. Morax, en employant, pour la restauration des sourcils, des greffons cutanés prélevés sur des régions pileuses. Ainsi que le laisse entrevoir cet auteur, il y a tout lieu de supposer qu'on pourrait arriver à

reconstituer également les cils, bien que cette intervention soit beaucoup plus délicate à effectuer. L'application du procédé à la reconstitution de la lèvre supérieure chez l'homme, pourra rendre de grands services dans la chirurgie restauratrice de cette région, tout au moins en ce qui concerne le côté esthétique.

Et ce ne sont pas là les seules indications de la méthode. Certaines mutilations de la face, aussi graves que complexes, ne sauraient trop bénéficier de l'association judicieuse des ressources nombreuses dont dispose la chirurgie autoplastique, qu'il s'agisse des diverses méthodes d'autoplastie à lambeau ou des multiples variétés de greffes en général. Loin de s'exclure entre elles, ou tout au moins de chercher à se supplanter, toutes ces méthodes se compléteront : les unes étant surtout indiquées dans la reconstitution fonctionnelle, les autres contribuant particulièrement à la restauration esthétique.

Avant de terminer l'étude des indications de cette méthode, il est un point sur lequel nous croyons intéressant de retenir l'attention ; nous voulons parler d'un grief qu'on a fait aux greffes cutanées : ces lambeaux, une fois transplantés, garderaient toujours, malgré leur adaptation, les caractères propres de la région sur laquelle ils ont été prélevés.

Si cette constatation nous paraît indéniable en ce qui concerne la survie des bulbes pileux contenus dans les greffons, il n'en est pas de même au point de vue de la pigmentation. Nos observations nous permettent de supposer, au contraire, que le greffon subit, à la longue,

la loi du porte-greffe. Chez nos deux blessés II et IV, il existait encore, un mois après l'intervention, une différence de teinte appréciable entre le greffon transplanté sur les paupières, et la peau des régions avoisinantes. Trois mois plus tard, le greffon avait si bien pris, au moins au point de vue macroscopique, les caractères du porte-greffe, qu'il était presque impossible de soupçonner la blépharoplastie pratiquée chez ces deux blessés.

Contre-Indications.

Pour être moins nombreuses que les indications, les contre-indications de la méthode n'en existent pas moins.

Les greffes cutanées ne sauraient être employées avec succès :

1° Dans le cas de pertes de substance infectées, résultant d'un processus pathologique en évolution (lupus, cancroïde ulcéré).

Au contact du foyer de suppuration le lambeau transplanté serait voué à une nécrose certaine.

Il y aurait alors nécessité de tarir préalablement la suppuration par des pansements appropriés.

2° Dans le cas de pertes de substance s'étendant en profondeur et intéressant à des degrés divers les plans sous-jacents à la peau (muscles, aponévroses, périoste).

3° Dans le cas où la région à restaurer sera en com-

munication directe avec les cavités naturelles (bouche, fosses nasales, tissus), le greffon ayant alors tous risques de s'infecter par sa face profonde.

Résultats.

Nous avons déjà mentionné quelle importance il fallait attacher, dans la chirurgie réparatrice de la face en général, à la restauration cosmétique : aux yeux de beaucoup de blessés, celle-ci importe presque autant que l'élément fonctionnel.

Chez les blessés, dont nous publions les observations, la restauration *fonctionnelle* est parfaite, la restauration *cosmétique* a été réalisée de façon très satisfaisante.

Le premier blessé a recouvré l'intégrité fonctionnelle de la lèvre supérieure, et, si ce n'était une légère dysymétrie due à la surélévation du greffon au niveau du sillon naso-génien, la région présenterait un aspect normal.

Chez le deuxième blessé, la reconstitution palpébrale ne laisse rien à désirer, tant au point de vue *fonctionnel*, qu'au point de vue *esthétique*; s'il persiste un léger ectropion de la lèvre inférieure, l'occlusion volontaire n'en a pas moins été facilitée.

La troisième opérée a recouvré le jeu normal de sa lèvre inférieure. De plus, l'exérèse des nodules cicatriciels des régions mentonnière et prétragienne droite

a modifié très favorablement l'esthétique du visage, tout en faisant disparaître l'élément douloureux.

Les résultats obtenus chez le quatrième blessé par la blépharoplastie, ainsi que chez la jeune femme présentant un petit nævus de la lèvre supérieure, ne laissent rien à désirer.



CONCLUSIONS

1° Les greffes cutanées sont des transplantations sans pédicule de tissus cutanés qui comprennent strictement le derme et l'épiderme. Elles diffèrent des greffes de Thiersch qui sont presque uniquement épidermiques, et des greffes massives, qui comprennent, outre le derme et l'épiderme, une partie de l'hypoderme : ce sont de véritables *greffes dermo-épidermiques totales*.

2° La guerre, en donnant une grande impulsion à la chirurgie autoplastique, a remis en honneur les greffes cutanées.

3° Les greffes cutanées pratiquées suivant la technique de l'*hydrotomie*, telle que la préconise M. Lemaitre, présentent trois avantages :

a) L'anesthésie locale, très bien supportée, remplace avantageusement l'anesthésie générale.

b) Le prélèvement au bistouri est pratiqué avec la plus grande facilité, grâce à une sorte de décollement préparatoire que réalise le liquide injecté.

c) La coaptation du greffon avec le porte-greffe est obtenue d'une manière parfaite, à l'aide de sutures.

4° Les greffes cutanées trouvent leurs indications dans les cas de pertes de substance traumatiques ou chirurgicales, à condition que celles-ci soient superficielles et aseptiques; elles sont plus spécialement indiquées au niveau des régions pourvues normalement de peau souple, au niveau des paupières par exemple.

5° Les greffes cutanées peuvent également être associées aux différentes méthodes d'autoplastie à lambeau, (française, indienne ou italienne); elles complètent alors ces dernières et trouvent ainsi leur emploi dans les cas de mutilations graves de la face, telles que la guerre en a montrées.

6° Les greffes cutanées, prélevées sur une région pileuse, peuvent enfin servir, comme l'a montré M. Morax, à reconstituer les sourcils et même les cils.

7° Les greffes cutanées sont contre-indiquées dans les cas de pertes de substance profondes, septiques, surtout lorsque celles-ci présentent une communication avec les cavités naturelles.



Vu : le Président,
P. SEBILEAU

Vu : Le Doyen,
H. ROGER

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.
L. POINCARÉ

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Ollier. — Greffes cutanées autoplastiques (1872, *Bulletins de l'Acad. de Médecine*, 2^e série T. I, p. 243).
- Le Fort. — Blépharoplastie par un lambeau complètement détaché du bras et reporté à la face (*Bull. et Mém. de la Société de Chirurgie*, 1872, 3^e série, T. I, p. 32).
- Wolfe. — A new method of performing plastic operation. (*British medical Journal*, 1875, T. II, p. 360 et 1881, T. I, p. 426. *New Times and Gazette Medical*, 3 Juin 1876, p. 608).
- Wadsworth. — *Boston med. and Surg. Journal*, 28 Décembre 1876.
- Kräuse. — *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1893, n^o 26, p. 506.
- Redard. — Greffe cutanée dans l'ectropion cicatriciel de la lèvre inférieure (*Gaz. médic. de Paris*, 13 Décembre 1890).
- Cei. — Of transplantation of skins flaps from distant parts by Wolfe method (*British med. Journal*, 16 Avril 1892, p. 803).
- Morax. — Autoplastie à lambeau sans pédicule chez un sclérodermique (*Société d'ophtalmologie de Paris*, 3 Février 1903).
- Monis. — De la greffe cutanée. Méthode d'OLLIER, THIERSCH et LEFORT (*Th. de Bordeaux*, 1903-1904, n^o 61).

- Dubreuilh et Noël. — (*Revue de chirurgie*, Janvier 1911).
- Tizon (A.). — Greffe cutanée totale (*Th. de Paris*, 1910-1911, T. XLIV, n. 408).
- Archer (C.-W.). — Skin-grafting (*Lancet, Lond.*, 1917, T. II, p. 133).
- Tanner (W.-E.). — On the uses and technique of skin-graftings (*Guy's Hosp. Gaz. Lond.*, 1917, T. XXXI, 301-304, 2 pl.).
- Cotte (G.) et Dupasquier. — A propos de deux tentatives de greffes cutanées homoplastiques (étude histologique) (*Lyon chir.*, 1916, XIII, 947-956).
- Moreau (L.). — Deux cas de greffes cutanées pour plaies étendues : brûlure de la jambe et vaste escharre de la fesse d'origine quinique (*Paris Méd.*, 1918, XXVII, 488-492).
- Ombredanne (L.). — Autoplasties faciales (*Bull. et Mém. Soc. de chir. de Paris*, 1918, XLIV, 592-605).
- Morestin (H.). — La reconstitution du sourcil (*Bull. et Mém. Soc. de chir. de Paris*, 1918, LXXXI, 550-554).
- Dufourmentel (L.). — La part respective de la plastique chirurgicale et de la plastique artistique dans le traitement terminal des grandes mutilations faciales (*Paris méd.*, 1919, XXXI, 229-231).
- Descarpentries. — Considérations sur 4 cas de greffes épidermiques (Rapport de H. MORESTIN), (*Bull. et Mém. Soc. de chir. de Paris*, 1914, n. s. XL, 1074-1083).
- Fobes (J.-H.). — Autoplastic whole thickness skin-grafting. (*J. Ann. Inst. Homœop. Cleveland*, 1914-1915, VII, 1119-1121).
- Applemann (L.-F.). — Ectropion of the eyelids corrected by grafts (*Tr. Coll. Phys. Phila.* 1914, XXXVI, 293-295).
- Davis (J.-S.). — The use of small deep skin-grafts (*Clin. J. Lond.*, 1915, XLIV, 321-328).
- Griess (W.-R.). — Two cases of skin-grafting. *Lancet. Clinic. Cincin.*, 1915, CXIV, 529).

- Crook (J.-L.). — Skin-grafting (*J. Tenn. M. Ass. Nashville*, 1915-1916, VIII, 429-437).
- Parker (W.-R.). — Skin-grafting : the use of vaseline in cutting and the open air treatment of Thiersch grafts (*Ophth. Rec. Lond.*, 1916, XXV, 126-129).
- Danis (M.). — Reconstitution du cul-de-sac de la paupière inférieure par autoplastie cutanée (*Ann. d'ocul. Paris*, 1916, cl. III, 69-73).
- Morestin (H.). — Blépharoplastie partielle par greffe cutanée libre (*Bull. et Mém. Soc. de chir. de Paris*, 1913, n. s. XXXIX, 1646-1658).
- Rigollot-Simonnot. — Transplantation totale d'un lambeau cutané non pédiculisé pris à la cuisse après excision d'un ulcère variqueux (*Paris chir.*, 1913, V, 990-993).
- Tartois (E.). — Blépharoplastie sans pédicule : nouveau procédé (*Th. de Paris*, 1917-1918, T. XV, n° 92).
- Hérail (Joseph). — Les greffes dermo-épidermiques d'OLLIER-THIERSCH. Historique. Technique opératoire. Indications thérapeutiques (*Th. de Montpellier*, 1911-1912, n° 80).
- Morax (V.). — Plastic operations on the orbital region including. Restoration of the eyebrows, eyelids, and orbital cavity. The Bowman Lecture. From the *Transactions of the ophthalmological Society*, vol. XXXIX, 1919.
- Bonnefon. — Nouvelle contribution à l'étude biologique des greffes. Les étapes et les degrés de l'assimilation (*Lyon chirurgical*, Janvier-Février 1919).

Coulommiers. — Imp. DESSAINT et Cie.
